

高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

- ① ☐ 高額介護合算療養費の支給を申請いたします。
② ☐ 自己負担額証明書の交付を申請します。

常務理事	事務長	担当者

※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①と②にチェックしてください。
※ 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみにチェックしてください。

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目
--------	----	-----------	---	---	-----	---	---	-----	----	----

申請者	フリガナ				保険者加入歴 ※1		保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号		
	申請者氏名					1		年	月	日から			
	生年月日	年	月	日生		性別		2		年	月	日から	
	被保険者証・記号番号					3		年	月	日から			
	加入期間				計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2								

被扶養者	フリガナ				保険者加入歴 ※3		保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
	被扶養者氏名					1		年	月	日から		
	生年月日	年	月	日生		性別		2		年	月	日から
	加入期間				3		年	月	日から			
	フリガナ				保険者加入歴 ※3		保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
	被扶養者氏名					1		年	月	日から		
	生年月日	年	月	日生		性別		2		年	月	日から
	加入期間				3		年	月	日から			

資格喪失後の申請時にご記入ください。

振込口座	金融機関名		支店名	
	口座番号	普通 当座	名義人名	フリガナ

小松製作所健康保険組合 理事長 殿		申請年月日		年	月	日
上記のとおり申請します。		申請者	氏名			
			住所			
			電話番号			